



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 242/1679 - SI YA HE TOMADO ANTIBIÓTICO ¿POR QUÉ NO ME CURO?

M. Rojas Hernández<sup>a</sup>, D. Zalama Sánchez<sup>b</sup>, D. Martínez Osorio<sup>a</sup>, R. Guerrero Tejada<sup>c</sup>, C. Aguirrel Alarcón<sup>d</sup> y M. Reyes Urbina<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gamazo. Valladolid. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Gamazo. Valladolid. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Tórtola. Valladolid. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Victoria. Valladolid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 21 años, estudiante de medicina, sin alergias medicamentosas conocidas, fumadora 6 cigarros/día. Acude a consulta por presentar desde hace 3 semanas cuadro catarral con astenia, mialgias, tos sin expectoración y congestión nasal. La paciente inició por su cuenta tratamiento con amoxicilina, a pesar del cual, tras 8 días, cada vez se encuentra peor, motivo por el que acude. En consulta, la paciente presenta mal estado general, fiebre de 38,8 °C, está sudorosa y comenta que desde hace 1 semana no tiene apetito, la tos se acompaña de expectoración amarillenta y ha comenzado con sudoración nocturna. Tras solicitar pruebas complementarias y ver resultados se decide derivar a hospital para estudio posterior.

**Exploración y pruebas complementarias:** En el centro de salud: PA 127/95 mmHg, FC 105 lpm, Tª 38,8 °C, SatO2 basal 99%. Consciente, orientada, colaboradora, eupneica, sudorosa. Neurológico: no alteración pares craneales, pupilas isocóricas y normorreactivas. No presenta acropaquias. AC: rítmico, sin soplos. AP: MVC con presencia de crepitantes en tercio medio hemitórax derecho. Abdomen: Blando, no doloroso, RHA normales, no signos irritación peritoneal, no masas ni megalias. EEII: no edemas ni signos TVP. ECG: ritmo sinusal, sin alteraciones de la repolarización. Analítica: Leucocitos 12.930/μl (neutrófilos 70,5%), PCR 62 mg/l, resto normal. Radiografía tórax: lesión cavitada en lóbulo inferior derecho, con aumento de densidad parahiliar, sin derrame pleural asociado. Mantoux 15 mm induración. Derivación a hospital: Microbiología Espudos: baciloscopia positiva > 50 bacilos, PCR Mycobacterium tuberculosis positivo. Cultivo M. tuberculosis positivo.

**Juicio clínico:** Tuberculosis pulmonar bacilífera.

**Diagnóstico diferencial:** Neumonía adquirida en la comunidad cavitada. Tuberculosis activa.

**Comentario final:** La tuberculosis sigue siendo la enfermedad infecciosa humana más importante. Resurgimiento debido al aumento de la inmigración y del VIH. El diagnóstico se basa en la clínica, radiología (presencia de cavitaciones es característica de enfermedad activa) y microbiológicos, siendo el cultivo el patrón oro del diagnóstico ya que permite realizar métodos de identificación de M. tuberculosis que confirmen al 100% enfermedad.

### Bibliografía

1. Caminero Luna JA. Actualización en el diagnóstico y el tratamiento de la tuberculosis pulmonar. Rev Clin Esp. 2016;216(2):76-84.

**Palabras clave:** Cavitación. Tuberculosis. Neumonía.